Приложение 5 к приказу Министерства образования

Республики Карелия от « 09 » сентября 2019 года № 957

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение социально-психологического тестирования

с целью раннего выявления немедицинского потребления

наркотических средств и психотропных веществ в 2019/2020 учебном году

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ добровольно даю согласие на участие в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

 Я получил(а) объяснения о цели тестирования, о его длительности, а также информацию о возможных результатах тестирования. Мне была предоставлена возможность задавать вопросы, касающиеся тестирования. Я полностью удовлетворен(а) полученными сведениями.

 Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения тестирования.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

***Этот раздел бланка заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет***

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ добровольно даю согласие на участие моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, возраст \_\_\_\_\_\_ полных лет в социально-психологическом тестировании, направленном на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я подтверждаю, что я получил(а) информацию о целях и процедуре проведения тестирования и о своем праве отказаться от прохождения тестирования.

\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Приложение 6 к приказу Министерства образования

Республики Карелия от « 09 » сентября 2019 года № 957

ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ

от социально-психологического тестирования с целью раннего выявления

немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в 2019/2020 учебном году

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, полностью)

дата, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, полностью)

являюсь законным представителем - мать, отец, усыновитель, опекун,

 (нужное подчеркнуть)

попечитель ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения ребенка)

получил(а) в полном объеме сведения о целях и порядке проведения тестирования. От тестирования я отказываюсь.

Причина отказа:

* по религиозным соображениям
* сомневаются в получении обратной связи
* боязнь разглашения данных
* не видят необходимости в прохождении тестирования
* другие причины:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

или/Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.